



# **RAPPORT D'ÉLABORATION DE RÉFÉRENTIEL D'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

## **Dépistage du cancer du sein en médecine générale**

**Septembre 2004**

## SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION .....	3
II.	CONTEXTE DE SANTÉ PUBLIQUE .....	3
II.1.	Épidémiologie, mortalité, morbidité .....	3
II.2.	Dépistage systématique .....	3
II.3.	La place du médecin généraliste .....	4
III.	LES PROMOTEURS ET LE FINANCEMENT.....	4
IV.	LA CIBLE PROFESSIONNELLE .....	4
V.	LE GROUPE DE TRAVAIL .....	4
V.1.	Constitution .....	4
V.2.	Description générale du travail .....	5
VI.	LES TEXTES DE RÉFÉRENCE .....	5
VI.1.	Identification.....	5
VI.2.	Sélection.....	6
VII.	LES OBJECTIFS DE QUALITÉ .....	6
VII.1.	Identification.....	6
VII.2.	Sélection.....	6
VIII.	LE GROUPE DE LECTURE .....	7
VIII.1.	Constitution .....	7
VIII.2.	Commentaires et propositions .....	7
IX.	LE GROUPE TEST.....	8
IX.1.	Constitution .....	8
IX.2.	Analyse des résultats.....	8
IX.3.	Commentaires et propositions .....	9
X.	CONCLUSION.....	10
X.1.	Diffusion envisagée du référentiel .....	10
X.2.	Modalités d'utilisation du référentiel .....	10
X.3.	Propositions de mise en œuvre du changement de la pratique professionnelle. ....	11
	ANNEXES .....	12
I.	CALENDRIER.....	12
II.	BIBLIOGRAPHIE .....	12
III.	MEMBRES DU GROUPE DE LECTURE .....	13
IV.	MEMBRES DU GROUPE TEST .....	14

## I. INTRODUCTION

Un référentiel d'auto-évaluation des pratiques professionnelles est un outil de démarche qualité. Il associe quelques objectifs de qualité à une grille de recueil de données. L'analyse des résultats permet au professionnel de mettre en œuvre des actions d'amélioration de sa pratique.

La méthode d'élaboration suivie est décrite dans les «Référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles. Base méthodologique pour leur réalisation en France». Anaes avril 2004. [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)

## II. CONTEXTE DE SANTÉ PUBLIQUE

L'incidence de cette pathologie (premier cancer féminin), la différence de prise en charge thérapeutique selon son stade de découverte et la mortalité importante de cette pathologie font qu'un dépistage précoce est un enjeu majeur de notre société.

### II.1. Épidémiologie, mortalité, morbidité

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers féminins en France ; son incidence a progressé ces dernières années, passant de 35 316 cas en 1995, à 41 722 cas en 2000<sup>(1)</sup>. Il concerne environ 1 femme sur 10 (source site Internet : [invs.gouv.fr](http://invs.gouv.fr)).

Le taux de mortalité est de 0,9/100 000 et représente 19 % des décès par cancer chez la femme. C'est la première cause de décès féminin par cancer ; le cancer du sein est responsable de 40 % des décès prématurés féminins (avant 65 ans), constituant dans cette tranche d'âge la première cause de décès.

L'incidence est faible avant 35 ans puis augmente régulièrement jusqu'à 75 ans. L'âge moyen d'apparition de ce cancer est de 54 ans. Au-delà de cet âge, son incidence croît avec un pic à 60-64 ans puis décroît ensuite régulièrement mais en conservant un taux élevé.

### II.2. Dépistage systématique

Les premières études de campagnes de dépistage systématique, HIP (États-Unis) et Deux Comtés (Suède), ont montré individuellement une réduction significative de mortalité par cancer du sein.

Plusieurs méta-analyses successives ont montré par la suite une réduction significative de la mortalité après au moins 5 ans de suivi chez les femmes de plus de 50 ans. Cette réduction du risque varie de 26 % à 34 %<sup>(2)</sup>.

Dès 1989, dans le cadre du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS), 6 programmes expérimentaux de dépistage du cancer du sein ont été mis en place en France, suivis de 4 autres en 1991. La mise en œuvre d'un Programme national de dépistage systématique du cancer du sein (PNDS) a été décidée en 1993 et officialisée par arrêté du 13 mai 1994.

Une évaluation du PNDS faite en 1997 par l'ANDEM (Anaes) a confirmé le bien-fondé d'un dépistage systématique du cancer du sein pour les femmes de 50 à 69 ans ; cette évaluation permet de préciser les conditions optimales de mise en place d'un Plan national de dépistage systématique (PNDS).

---

<sup>1</sup> Sources Réseau FRANCIM, site Internet : [fnors.fr](http://fnors.fr)

<sup>2</sup> Méta-analyses : Elwood - Nyström - Kerlikowske - Demissie

Les recommandations élaborées par l'Anaes en 1998 sur le cancer du sein, puis en 1999 sur le dépistage du cancer du sein par mammographie, ont permis de préciser les différents éléments du PNDS.

Un cahier des charges des structures engagées dans le PNDS a été promulgué en 2001 au Journal Officiel.

En 2003, le plan cancer a élargi le dépistage systématique à l'ensemble du territoire.

### **II.3. La place du médecin généraliste**

La place du médecin traitant, et notamment celle du médecin généraliste, est soulignée dans les textes réglementaires successifs ; son intervention est souhaitée dans le cadre du plan cancer.

L'intervention du médecin généraliste dans la pratique du dépistage du cancer du sein est considérée comme nécessaire et utile (audit SFTG). Le médecin traitant saisit l'occasion de la rencontre des femmes venues consulter pour d'autres motifs. Il a également un rôle dans le suivi après dépistage.

La part du dépistage hors programme n'est pas négligeable mais les estimations ne donnent aucune indication sur la régularité du dépistage. Néanmoins, on peut penser que la couverture du dépistage du cancer du sein est importante (Bulletin cancer 1997, vol 84).

L'étude EURO CARE comparant l'Italie, l'Allemagne, l'Angleterre, l'Espagne et les Pays-Bas a mis en évidence le meilleur taux de stade précoce au diagnostic (TONOM0) en France, avec un des plus faibles taux de stade avancé métastatique M1.

Mais les médecins ont une attitude trop attentiste et curative, selon un sondage réalisé par la Direction générale de la santé au printemps 2001 auprès de 1 000 généralistes et de 250 gynécologues. Une meilleure information sur le dépistage organisé s'impose : 42 % des généralistes le méconnaissent et 38 % des gynécologues ne sont pas satisfaits.

## **III. LES PROMOTEURS ET LE FINANCEMENT**

La Société française de médecine générale (SFMG), société savante de recherche en médecine générale, ayant comme statut celui des associations loi 1901, s'est associée à l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) pour élaborer ce référentiel.

Le financement du travail a été assuré par l'Anaes.

## **IV. LA CIBLE PROFESSIONNELLE**

Le groupe de travail est constitué en majorité de généralistes en activité (6 membres sur 8) et le groupe test est constitué exclusivement de médecins généralistes.

Ce travail s'adresse donc à des médecins généralistes ; il pourrait être envisagé une déclinaison pour des groupes professionnels différents (gynécologues) mais cette éventualité n'a pas été abordée durant l'élaboration du référentiel.

## **V. LE GROUPE DE TRAVAIL**

Il est représentatif de la cible professionnelle identifiée pour le référentiel.

### **V.1. Constitution**

Ce groupe de travail a été constitué sur l'initiative de la SFMG, co-promoteur.

L'expertise en méthodologie est assurée par le D<sup>r</sup> Marina MARTINOWSKY, chef de projet à l'Anaes.

L'expertise sur le thème est assurée par le D<sup>r</sup> Christine JESTIN, médecin de santé publique. Elle est membre fondateur de l'association pour le développement de l'épidémiologie de terrain EPITER, de l'Association des médecins inspecteurs de santé publique et de la Société française de santé publique (SFSP).

La présidence du groupe est assurée par le D<sup>r</sup> Michel ARNOULD, médecin généraliste dans la Seine-et-Marne, membre de la SFMG. Il assure le déroulement des débats.

Le chargé de projet est le D<sup>r</sup> Jacques GRICHY, médecin généraliste dans le Val-d'Oise, vice-président de la SFMG, directeur adjoint de l'étude Dépistage et prévention individuel organisés (DPIO) de la SFMG. Il assure la mise à disposition des documents bibliographiques du groupe de travail ainsi que la synthèse des débats. Il rédige les versions successives du référentiel et le rapport d'élaboration.

Les autres membres du groupe de travail sont :

- D<sup>r</sup> Alain GIBILY, médecin généraliste à Châlons ; il est vice-président de la SFMG et fondateur de la Société Champagne-Ardenne de médecine générale ;
- D<sup>r</sup> Élisabeth GRIOT, médecin généraliste à Genest-Saint-Isle ; elle est membre de la SFMG et de l'observatoire de la médecine générale ;
- D<sup>r</sup> Daniel LE CORGNE, médecin généraliste à Plomelin, exercice libéral et PH temps partiel ; il est chargé d'enseignement au CHU de Rennes et maître de stage ;
- D<sup>r</sup> Tu LE TRUNG, médecin généraliste à Franconville ;
- D<sup>r</sup> Etienne PACE, médecin généraliste à Duttlenheim.

Il n'a pas été identifié de conflit d'intérêts des membres du groupe de travail.

## V.2. Description générale du travail

Le travail s'est effectué par échanges électroniques, puis lors d'une réunion de travail qui a permis de concevoir la première version de ce référentiel proposée au groupe de lecture.

Il a été précisé que ce travail devait s'appuyer sur des recommandations existantes et non créer de nouvelles recommandations.

Le calendrier figure en annexe 1.

# VI. LES TEXTES DE RÉFÉRENCE

## VI.1. Identification

La bibliographie figure en annexe 2.

Les recommandations ont été recherchées sur la base française de l'Anaes, dans les textes réglementaires en rapport avec le thème choisi, et sur la base de la *National Guideline Clearinghouse* américaine. Les recommandations datant de moins de 5 ans ont été recherchées en priorité.

## VI.2. Sélection

Les publications traitant d'évaluation du programme de dépistage systématique ont été écartées. Le groupe s'est centré sur les recommandations de l'Anaes, les recommandations issues de la *National Guideline Clearinghouse* américaine n'apportant aucun élément supplémentaire propre à les ajouter aux textes de référence.

Les recommandations sur le cancer du sein de 1998 ont été retenues malgré leur ancienneté, en raison de leur apport des notions de base sur le thème du travail. Ce document développe notamment les facteurs de risque, les méthodes de dépistage autres que la mammographie et l'incidence psychologique du dépistage.

Les recommandations sur le dépistage du cancer du sein par mammographie de 1999 ont aussi été retenues pour leur apport de validation du dépistage et de la mammographie, reposant sur de nombreuses références à des études cliniques.

Enfin le groupe a complété ces deux recommandations par un texte réglementaire sur le dépistage organisé du cancer du sein, paru au Journal Officiel de 2001, décrivant de manière précise les facteurs de risque individuels ainsi que les démarches décisionnelles en fonction des résultats du dépistage.

Les recommandations pour la pratique clinique (RPC) sélectionnées ont été analysées par la cotation AGREE, ce qui a permis de confirmer leur bonne adéquation au thème du référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et à la cible choisie de ce référentiel, ainsi que la validité des sources utilisées. La participation des professionnels de santé était plus large dans la recommandation de 1998. Une très large documentation sur les méthodes utilisées a été faite dans la RPC de 1999.

## VII. LES OBJECTIFS DE QUALITÉ

### VII.1. Identification

Les membres du groupe de travail ont d'abord identifié les objectifs de qualité des textes de référence sélectionnés.

Puis ils ont hiérarchisé ces objectifs de qualité pour préparer une sélection ; le premier motif de sélection était son utilité potentielle pour une amélioration de la pratique. Le thème a été recentré sur l'activité des médecins généralistes ; c'est ainsi que les objectifs de qualité : « s'assurer que la patiente a été adressée à un radiologue ayant signé la convention du dépistage organisé » ou « s'assurer de la bonne réalisation des examens » n'ont pas été retenus. Les objectifs de qualité trop vastes comme « promouvoir chez les médecins généralistes une démarche de santé publique » ou « prendre en charge les effets psychologiques du dépistage » nécessiteraient à eux seuls un référentiel d'évaluation ; il leur a été préféré des objectifs plus précis. L'examen clinique a été écarté car il n'a pas fait la preuve de son utilité pour le dépistage. La démarche diagnostique devant un signe clinique évocateur de cancer du sein sort du cadre du dépistage.

### VII.2. Sélection

Les objectifs de qualité ont été gradés et hiérarchisés en fonction de leur niveau de preuve ; les critères d'évaluation n'ont été retenus que s'ils étaient pertinents pour la pratique évaluée, c'est-à-dire acceptables, applicables et utiles pour le praticien.

- « S'assurer que toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans ont bénéficié d'un dépistage du cancer du sein par mammographie. Grade A ».

- « S'assurer que le délai entre deux mammographies ne peut être supérieur à 2 ans dans la tranche d'âge retenue. Grade A ».
- « Rechercher l'existence de facteurs de risque majorés de cancer du sein des femmes vues en consultation. Grade A ».
- « Connaître le résultat et la qualité de la mammographie prescrite. Grade B ».
- « S'assurer qu'une démarche de soins, adaptée, est mise en place à l'issue de la mammographie. Grade C ».

Dans les facteurs de risque le groupe a décidé de ne pas tenir compte de la puberté précoce, de la ménopause tardive ni d'une première grossesse après l'âge de 30 ans, en raison de leur faible influence sur l'augmentation du risque.

## VIII. LE GROUPE DE LECTURE

### VIII.1. Constitution

La liste des membres du groupe de lecture figure en annexe 3.

Il n'a pas été identifié de conflit d'intérêts des membres du groupe de lecture.

### VIII.2. Commentaires et propositions

Les membres du groupe de lecture ont, en majorité, répondu de manière positive sur les questions de validité du choix des textes réglementaires, des sources scientifiques et des objectifs.

Sur l'aspect potentiel d'amélioration des pratiques, les experts du thème sont unanimes pour en reconnaître la justification.

Le risque envisagé est en rapport avec le défaut de dépistage ou sa mauvaise réalisation, ce qui rend cette auto-évaluation encore plus pertinente

Une remarque majeure a été faite concernant l'absence de précision du délai entre deux mammographies ; cet élément important a été intégré dans les objectifs et dans les critères de qualité de la version du référentiel envoyée au groupe test.

Les autres remarques concernent la bibliographie et des précisions sur les termes et périodes utilisés dans le référentiel :

- la bibliographie a été enrichie ;
- les patients concernés sont les femmes de 35 à 69 ans, plusieurs experts ayant souligné la faible incidence de cancer du sein entre 25 et 35 ans ;
- plusieurs remarques ont été faites sur la prise en charge psychologique lors de l'annonce du résultat du dépistage, quel qu'en soit le résultat. Ce point avait été relevé par le groupe de travail, mais a été jugé trop difficile à évaluer par un questionnaire malgré son importance dans la démarche décisionnelle et dans la qualité de la relation médecin-patient.

Enfin quelques remarques sur la forme du recueil de données concernant sa disposition et le double système de saisie (O/NNA et 1/2/3) ont permis une simplification du document.

## IX. LE GROUPE TEST

### IX.1. Constitution

La liste des membres du groupe test figure en annexe 4.

Trente-cinq médecins généralistes à exercice libéral choisis dans les carnets d'adresses du groupe de travail ont été sollicités. Certains médecins sont « habilités » pour l'EPP conduite par les URML ; plusieurs ont des charges d'enseignement en formation médicale initiale.

La répartition du groupe est harmonieuse sur le territoire et représentative de la population des médecins généralistes ; 14 régions sont représentées.

### IX.2. Analyse des résultats

Vingt-huit médecins ont répondu après relance pour 8 d'entre eux.

L'analyse du test permet d'envisager plusieurs modifications du référentiel et de confirmer certains aspects de celui-ci.

Les résultats du test anonymisés montrent un fort potentiel d'amélioration :

- 100 % de oui pour la date de naissance présente dans le dossier ;
- 62 % de oui pour date de mammographie notée et facteurs de risque individuels notés ;
- 54 % de oui pour dernière mammographie de moins de 2 ans ;
- 40 % de oui pour date de la prochaine mammographie notée ;
- 35 % de oui pour l'information donnée à la patiente notée ;
- 29 % de oui pour résultats de la mammographie notés avec classification ACR ;
- 28 % de oui pour démarche de soins établie en fonction de la classification ACR ;
- 10 % de oui pour avis spécialisé demandé en cas de mammographie ACR 0, 4 ou 5.

Le thème du référentiel est considéré comme très pertinent dans la pratique du médecin généraliste, du fait du constat du nombre significatif de cancers mammaires chez les patientes suivies. Il en est de même pour les objectifs de qualité.

La classification ACR n'est pas connue par un grand nombre de médecins. Son intérêt n'est remis en cause que par un médecin. Néanmoins, il est regretté par la majorité de ne pas avoir cette information de manière systématique dans les comptes rendus. Il est toutefois nécessaire de maintenir ce point essentiel du référentiel. Cette classification est unanimement admise et permet une bonne compréhension des résultats radiologiques.

La confusion est parfois faite entre l'aspect critères de qualité de la mammographie et critères de qualité du cabinet de radiologie ayant effectué la mammographie. Bien que le compte rendu des résultats de mammographie en respect avec la classification ACR fasse partie du cahier des charges des cabinets de radiologie pratiquant le dépistage organisé (DO) du cancer du sein, il n'est pas dans l'objectif de ce référentiel d'évaluer la qualité de l'acte de radiologie, mais bien celui du suivi de cette prescription dans le cadre du dépistage du cancer du sein.

Des demandes d'affiner le référentiel ont été faites par quelques-uns :

- la possibilité de noter la date de prescription et de réalisation des mammographies ;
- la stratégie de dépistage des femmes à risque.

Le groupe de travail préfère ne pas alourdir le référentiel ; le développement des facteurs de risque et recommandations adaptées à chaque situation entraînerait l'identification de multiples situations et sortirait du cadre de ce travail ; cet aspect est repris par ailleurs dans d'autres études et outils (étude DPIO de la SFMG).

En ce qui concerne la compréhension, la faisabilité et la formulation des critères, la réponse est majoritairement « oui » (12) ou « plutôt oui » (13) soit 89 %. Mais plusieurs remarques sont faites sur la forme du recueil de données.

Pour la sélection des dossiers, le critère « vues plus d'une fois » est parfois omis ou jugé trop large. Ce critère permet d'exclure les patientes vues ponctuellement pour un problème (garde, vacances, etc.).

La grande majorité des médecins, soit 27, répond qu'il est facile de répondre aux questions (16 « oui » et 11 « plutôt oui »).

De même les médecins jugent unanimement que ce référentiel est complet (15 « oui » et 13 « plutôt oui »).

Sur l'aspect changement de pratique, l'impression est positive ; sur 27 retours, 25 ont déclaré que le référentiel leur a été utile et qu'ils ont changé leur pratique (7 « plutôt oui » et 18 « oui »). La plupart des médecins du groupe ont décelé plusieurs manques dans leurs dossiers médicaux.

En ce qui concerne les améliorations à apporter au référentiel, elles sont peu nombreuses et concernent plutôt des souhaits d'évolution :

- élaboration d'un outil informatique intégré dans le dossier médical informatisé ;
- question concernant les indications de la mammographie avant 50 ans ;
- présentation de la grille sous forme paysage.

Un aspect important est souligné : le cahier des charges a introduit depuis janvier 2004 un dépistage organisé pour toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans, et non plus seulement de 50 à 69 ans comme auparavant.

Si cette borne de 69 ans a été respectée pour le test du référentiel qui s'est effectué sur des patientes vues pour la plupart avant cette modification du cahier des charges, il est nécessaire de modifier le référentiel en prenant en compte ce nouveau paramètre.

Il ressort de l'analyse que ce référentiel est jugé utile, complet et apte à introduire des changements de pratiques. L'utilisation de ce référentiel permet de modifier la pratique du médecin, notamment en ce qui concerne la saisie d'informations médicales au sein du dossier médical, qu'il s'agisse d'éléments précédemment non saisis ou de précisions concernant ces informations.

### **IX.3. Commentaires et propositions**

Le référentiel proposé initialement est revu dans sa forme, mais les objectifs de qualité ne sont pas modifiés.

Le critère 1 « *la date de naissance est-elle notée dans le dossier ?* » n'est pas utile car la plupart des médecins du groupe test ont répondu oui à la question (sauf un médecin qui a intégré, par erreur, des patientes vues en garde). Il est retiré du référentiel.

Plusieurs médecins du groupe test ont relevé le double axe du dépistage du cancer du sein, un axe centré sur le dépistage organisé, et un axe centré sur le dépistage individuel. Ce dernier s'appuie sur le recensement des facteurs de risque, énumérés en note 1. Il est même souhaité par quelques-uns de scinder le référentiel en deux référentiels ; nous maintenons malgré tout la prise en charge globale du dépistage du cancer du sein.

Il est plus logique d'incorporer dès le critère 1 l'ancien critère 4 : « *les facteurs de risque individuels, ou leur absence, sont-ils notés dans le dossier?* », afin d'identifier le cadre du dépistage.

Une précision a été d'autre part ajoutée dans l'introduction du référentiel, permettant au médecin de prendre en compte ces deux « cibles » : les patientes entrant dans le dépistage organisé et les patientes présentant un facteur de risque.

Plusieurs médecins ont souligné l'ambiguïté des réponses aux critères 2,3,5,6,7,8,9 en cas d'absence d'indication de la mammographie (pas de facteur de risque et âge < 50 ans). Un critère 2 est donc ajouté : « *en cas de présence de facteurs de risque individuels de cancer du sein, ou d'âge compris entre 50 et 74 ans, une mammographie a-t-elle été programmée ou réalisée ? (si absence de facteur de risque et/ou âge < 50 ou > 74 ans, répondre NA aux autres critères)* ».

Cette notion permet d'arrêter l'évaluation de ce cas après une réponse NA ; une réponse O ou N introduit les critères suivants.

Le critère 5 a posé un problème à plusieurs médecins du fait de son contenu double : « *les résultats de la mammographie sont-ils notés dans le dossier (1<sup>re</sup> question) avec la classification ACR (2<sup>e</sup> question)* ». Ce critère est scindé en deux :

- « les résultats de la mammographie sont-ils notés dans le dossier ? » ;
- « le résultat de la mammographie est-il fait en respectant la classification ACR ? ».

Le critère sur l'information donnée à la patiente a produit deux types de remarques :

- une impression de doublon avec les questions concernant le contenu de cette information ;
- un constat que cette information donnée était uniquement orale et donc labile.

Ce critère est maintenu par le groupe de travail.

Les autres critères n'ont pas de raison d'être modifiés.

## X. CONCLUSION

### X.1. Diffusion envisagée du référentiel

Base française d'évaluation en santé Anaes sur Internet : <http://bfes.anaes.fr>.

Site Internet de la SFMG : [www.sfmq.org](http://www.sfmq.org)

### X.2. Modalités d'utilisation du référentiel

Ce référentiel est un outil d'auto-évaluation concernant le dépistage du cancer du sein par les médecins généralistes. Il sera mis à disposition des médecins engagés dans la démarche volontaire d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) dans le cadre du décret n° 99-1130 du 28 novembre 1999 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles et à l'analyse de

l'évolution des dépenses médicales. Il bénéficiera alors de l'accompagnement de médecins habilités pour l'EPP.

Il pourra également être utilisé dans tout processus d'auto-évaluation.

### **X.3. Propositions de mise en œuvre du changement de la pratique professionnelle.**

Une diffusion du référentiel sous forme électronique, afin de l'introduire dans la pratique quotidienne et non plus uniquement en tant qu'évaluation finale, est attendue par la majorité des médecins qui ont participé au test.

L'utilisation de la classification ACR aurait avantage à être diffusée et utilisée de manière systématique dans les comptes rendus de mammographie, aussi bien dans les cas de dépistage organisé que dans les cas de dépistage spontané individualisé.

D'ores et déjà existent des outils destinés aux médecins généralistes pour le dépistage des cancers :

- document de l'Inpes sur « le dépistage des cancers, outils pédagogiques pour les formateurs » : [inpes@inpes.sante.fr](mailto:inpes@inpes.sante.fr) ;
- logiciel en cours de validation de la SFMG sur le dépistage et la prévention individualisés et organisés (DPIO) des six principaux cancers au cours de la consultation en médecine générale, en libre accès sur le site de la SFMG : [www.sfmq.org](http://www.sfmq.org)

## ANNEXES

---

### I. CALENDRIER

Septembre-octobre 2003 : délimitation des objectifs du référentiel : choix du thème et de la cible du référentiel.

Novembre-décembre 2003 : phase 1 avec détermination du groupe de travail, identification des documents de travail et des recommandations à utiliser dans le groupe de travail.

Janvier-février 2004 : phase 2 avec travail électronique du groupe de travail et élaboration des objectifs de qualité.

Mars 2004 : réalisation du référentiel à tester. Réunion du groupe de travail.

Avril-mai 2004 : groupe de lecture.

Juin-juillet 2004 : phase 3 avec test du référentiel.

Août-septembre 2004 : rapport final et élaboration de la version définitive du référentiel.

### II. BIBLIOGRAPHIE

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles. Base méthodologique pour leur réalisation en France. Service évaluation des pratiques professionnelles. Saint-Denis: Anaes; 2004.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Opportunité d'étendre le programme national de dépistage du cancer du sein aux femmes âgées de 40 à 49 ans. Actualisation. Service évaluation technologique, service évaluation économique. Saint-Denis: Anaes; 2004.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Dépistage du cancer du sein par mammographie : évaluation de la méta-analyse de Gotzche et Olsen. Service évaluation des technologies. Paris: Anaes; 2002.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Classification en six catégories des images mammographiques en fonction du degré de suspicion de leur caractère pathologique (en dehors des images construites et des variantes du normal). Correspondance avec le système *birads* de l'*American college of radiology* (ACR). Paris: Anaes; 2002.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Évaluation clinique de la numérisation en mammographie pour le diagnostic et le dépistage du cancer du sein. Évaluation des technologies. Paris: Anaes; 2000.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Le dépistage du cancer du sein par mammographie dans la population générale. Étude d'évaluation technologique. Paris: Anaes; 1999.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Le cancer du sein. Paris: Anaes; 1998.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Évaluation du programme national de dépistage systématique du cancer du sein. Santé publique. Paris: Anaes; 1997.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. La tenue du dossier en médecine générale : état des lieux et recommandations. Paris: Anaes; 1996.

Arrêté du 27 septembre 2001 fixant le modèle de la convention type mentionnée à l'article L. 1411-2 du Code de la santé publique. Organisation des programmes de dépistage des cancers. Cahier des charges pour les radiologues participant au

dépistage du cancer du sein. Dépistage organisé du cancer du sein. Cahier des charges des « structures de gestion » des programmes de dépistage des cancers. J Off 2001; 3 octobre.

Aubert JP, Falcoff H, Flores P, Gilberg S, Assoun D, Humblot V et al. Le dépistage mammographique du cancer du sein chez les femmes de 40 à 70 ans dans les clientèles des généralistes de la Seine-Saint-Denis (93) et du Val-d'Oise (95). Communication du Groupe d'étude du dépistage du cancer du sein en Ile-de-France (GEDCAS).

<<http://www.unimedia.fr/homepage/sftg/recherche/depistmamval.html>> [consulté le 8 septembre 2004].

Aubert JP, Falcoff H, Flores P, Gilberg S, Assoun D, Petrequin C, et al. Dépistage mammographique individuel du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans. Audit de la pratique de 41 médecins généralistes d'Île-de-France. Rev Prat Med Gen 1994; 269: 51-63.

Demissie K, Mills OF, Rhoads GG. Empirical comparison of the results of randomized controlled trials and case control studies in evaluating the effectiveness of screening mammography. J Clin Epidemiol 1998; 51: 81-91.

Elwood JM, Cox B, Richardson AK. The effectiveness of breast cancer screening by mammography in younger women. Online J Curr Clin Trials 1993; 32: 1-50.

Institut national de la santé et de la recherche médicale, Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer. Risques héréditaires de cancers du sein et de l'ovaire : quelle prise en charge ? Expertise collective. Paris: Éditions Inserm; 1998.

Institut national de veille sanitaire, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Hôpitaux de Lyon, Réseau FRANCIM. Remonter L, Buemi A, Velten M, Jouglu E, Estève J. Évolution de

l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. Saint-Maurice: INVS; 2003.

Institut national de veille sanitaire. Dépistage organisé du cancer du sein. BEH 2003; 4: 13-28.

Kaiser Permanente Southern California. Breast cancer screening. Pasadena (CA); Kaiser Permanente Southern California; 2003.

Kerlikowske K, Grady D, Rubin SM, Sandrock C, Ernster VL. Efficacy of screening mammography. A meta-analysis. JAMA 1995; 273: 149-54.

Nyström L, Rutqvist LE, Wall S, Lindgren A, Lindqvist M, Ryden S, et al. Breast cancer screening with mammography: overview of swedish randomised trials. Lancet 1993; 341: 973-8.

Royal New Zealand College of General Practitioners. Early detection of breast cancer. Wellington (New Zealand): Royal New Zealand College of General Practitioners; 1999.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Breast cancer in woman. A national clinical guideline. Edinburgh: SIGN; 1998.

Seradour B. Le dépistage du cancer du sein : un enjeu de santé publique. Paris: Springer Verlag; 2004.

Stoppa-Lyonnet D, Blandy C, Eisinger F. Cancer du sein : évaluer le risque. Recherche 1997; 294: 72-6.

Wait S, Scaffer P, Seradour B, Chollot M, Demay M, Dejouhanet S. Le dépistage spontané du cancer du sein en France. Bull Cancer 1997; 84 (6): 619-24.

Cancer du sein familial : reconnaître et surveiller les femmes à risque héréditaire. Rev Prescrire 2001; 220: 612-616.

### III. MEMBRES DU GROUPE DE LECTURE

#### • Experts du thème :

- D<sup>r</sup> Liliane COLOMBANI, Association prévention et santé en Val-d'Oise (APSVO) à Cergy ;
- D<sup>r</sup> Béatrice GAIRARD, MCU-PH en sénologie, CHRU de Strasbourg ;
- D<sup>r</sup> Philippe MOUROUGA, médecin de santé publique, Ligue nationale contre le cancer à Paris ;
- D<sup>r</sup> Philippe RICHARD, généraliste à Compertrix ;
- D<sup>r</sup> Brigitte SERADOUR, radiologue et gynécologue et médecin de santé publique, ARCADES, CHU Timone à Marseille.

- **Experts de la méthode** : correspondants régionaux de l'Anaes.
  - D<sup>r</sup> Jacques BIRGÉ, généraliste à Boulay ;
  - D<sup>r</sup> Jean-Jacques DOMEREGO, cardiologue à Nice ;
  - D<sup>r</sup> Alain DREVAL, généraliste à Strasbourg ;
  - D<sup>r</sup> Patrick DUTILLEUL, généraliste à Le Cailar ;
  - D<sup>r</sup> Philippe HOFLIGER, généraliste à Nice ;
  - D<sup>r</sup> Jean-Pierre LAFONT, généraliste à Morières-les-Avignon ;
  - D<sup>r</sup> Philippe LAMBERT, généraliste à Sète ;
  - D<sup>r</sup> Michel LE MAÎTRE, dermatologue à Caen ;
  - M<sup>me</sup> Marie-José RAVINEAU, cadre supérieur de santé, responsable qualité à Meaux ;
  - D<sup>r</sup> Claude SICHEL, généraliste à Carnoux-en-Provence.

#### IV. MEMBRES DU GROUPE TEST

Ces membres sont tous médecins généralistes à exercice libéral.

- D<sup>r</sup> Pascale ARNOULD, Villiers-Saint-Georges ;
- D<sup>r</sup> Manuel BAGUET, Bouzille ;
- D<sup>r</sup> Philippe BELLIARD, Pré-en-Pail ;
- D<sup>r</sup> Jean-François BURTE, Longwy ;
- D<sup>r</sup> Stéphane CASSET, Dornecy, maître de stage-enseignant ;
- D<sup>r</sup> Bernard CLARY, Trèbes, responsable MG-Form du séminaire de FPC sur le dépistage des cancers ;
- D<sup>r</sup> Yvonnick CLEMENCE, Remiremont, médecin habilité pour l'EPP ;
- D<sup>r</sup> Yves DECORE, Argenteuil ;
- D<sup>r</sup> Philippe DESPLANQUES, Quimper ;
- D<sup>r</sup> Michel DEVEAU, Montigny-Lencoup ;
- D<sup>r</sup> Bernard GAVID, Neuville-de-Poitou, maître de conférences associé de MG ;
- D<sup>r</sup> Vincent GAY, Vauréal ;
- D<sup>r</sup> Dominique GIRARDON-GRICHY, Montlignon ;
- D<sup>r</sup> Jean Luc GOREL, Sainte-Menehould ;
- D<sup>r</sup> Jean-Daniel GRADELER, Saint-Privat-La Montagne ;
- D<sup>r</sup> Jean-Louis GROSS, Nuits-Saint-Georges ;
- D<sup>r</sup> Patrick HIDOUX, Gap ;
- D<sup>r</sup> Jean-Pierre KUIL, Hordain ;
- D<sup>r</sup> Jean-François LEMASSON, Ambon ;
- D<sup>r</sup> Éric LEVY, Puy-l'Évêque ;
- D<sup>r</sup> Alain-Philippe MANIETTE, Meuilley, maître de stage-enseignant ;
- D<sup>r</sup> Étienne PARÉ, Valence ;
- D<sup>r</sup> Jean-Pierre PREL, Le Genest-Saint-Isle, maître de stage ;
- D<sup>r</sup> Bernard PUZIN, Bourg-lès-Valence ;
- D<sup>r</sup> Olivier ROZAND, Poussan ;
- D<sup>r</sup> Brigitte THIERRY, Sannois ;
- D<sup>r</sup> Jean THIBERVILLE, Marome ;
- D<sup>r</sup> Hervé VILAREM, Castelnaudary.